

# 日常臨床における 自殺予防の手引き

平成 25 年 3 月版



日本精神神経学会  
精神保健に関する委員会編著

協 力

(独) 国立精神・神経医療研究センター  
精神保健研究所自殺予防総合対策センター  
日本精神科救急学会  
日本自殺予防学会

## 自殺とは

- 自殺とは、死亡者自身の故意の行為に基づく死亡で、手段、方法を問わない [平成 24 年度版死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル]。
- 自殺の定義では、「自らの死の意図」と「結果予測性」が重要になる。
- 厳密な自殺の定義ではこれらは必要不可欠かもしれないが、臨床家がこれに拘りすぎると、過ちを犯しかねない。あくまでも追求しなければならないのは、患者が自らの手で命を絶とうとする事実そのものである（高橋、2006）。

## 自殺の危険因子と保護因子

### 危険因子と保護因子

#### 危険因子（非網羅的リスト）

##### 個人的因子

- 過去の自殺企図
- 精神疾患
- アルコールまたは薬物の乱用
- 絶望感
- 孤立感
- 社会的支援の欠如
- 攻撃的傾向
- 衝動性
- トラウマや虐待の経験
- 急性の心的苦痛

- 大きな身体的または慢性的な疾患（慢性的な疼痛を含む）
- 家族の自殺歴
- 神経生物学的要因

## 社会文化的因子

- 支援を求めることへのスティグマ
- ヘルスケアへのアクセスの障害（特に精神保健や物質乱用の治療）
- 特定の文化的・宗教的な信条（例えば、自殺は個人的葛藤に対する崇高な解決手段だとする信念）
- 自殺行動（メディアを通じたものも含む）や自殺者の影響への曝露

## 状況的因子

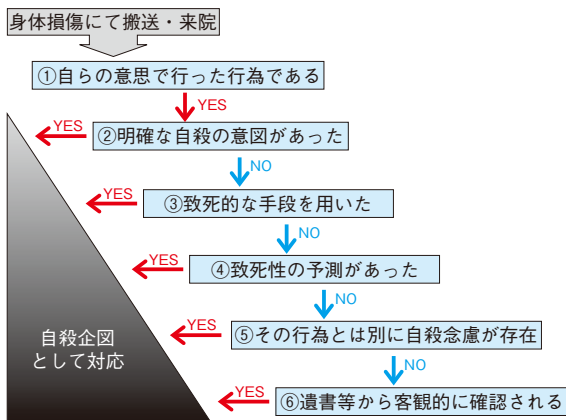
- 失業や経済的損失
- 関係性または社会性の喪失
- 自殺手段への容易なアクセス
- 地域における、波及的影響を及ぼすような自殺の群発
- ストレスの大きいライフイベント

## 保護因子

- 家族やコミュニティの支援に対する強い結びつき
- 問題解決、紛争解決、不和の平和的解決のスキル
- 自殺を妨げ自己保存を促すような個人的・社会的・文化的・宗教的な信条
- 自殺手段へのアクセス制限
- 精神的・身体的疾患の良質なケアに支援を求めること、アクセスしやすいこと

## 自傷または自殺の切迫したリスクがあるか否か

1. 自らの意志で、行った行為であることを確認
2. 明確な自殺の意図があったかを確認
3. 致命的な手段を用いたかを確認
4. 致死性の予測があったかを確認
5. その行為と別に自殺念慮が存在するかを確認
6. 遺書などから客観的に確認



### 自殺企図の有無の確認

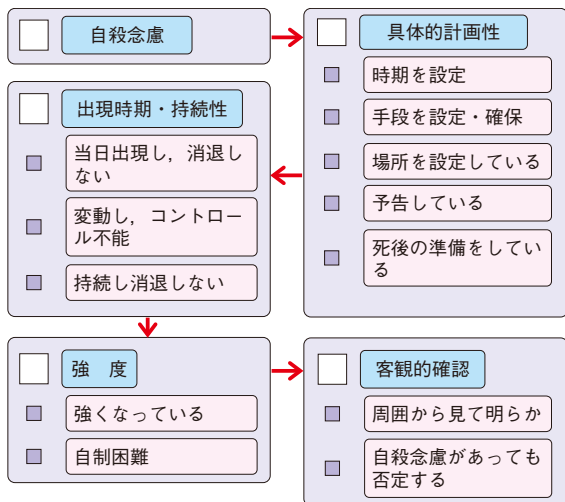
(日本精神科救急学会：精神科救急医療ガイドライン(3)自殺未遂者対応、2009より改変引用)

## 現在の自殺念慮の評価

- 外来治療か、入院治療かを判断するに当たっての最も重要なポイントは、現在の自殺念慮の評価である。
- 患者は心理的に追い詰められていても「大丈夫です」と返答する場合がある。加えて、症状が重篤なために自殺念慮を否定する場合もある。患者の言葉を鵜

呑みにすることは危険である。

- 自殺念慮の具体的計画性、出現時期・持続性、強度、客観的観察、他害の可能性を評価し、いずれか一つでも存在する場合は、特にリスクが高いと考える。



### 現在の自殺念慮の評価

(日本精神科救急学会：精神科救急医療ガイドライン(3)自殺未遂者対応、2009より改変引用)

## 主要な危険因子の評価

- 過去の自殺企図・自傷行為歴
- 喪失体験  
身近な者との死別, 人間関係の破綻など
- 過去の苦痛な体験  
被虐待歴, いじめ, 家庭内暴力など
- 職業問題・経済問題・生活問題  
失業, 多重債務, 生活苦, 不安定な日常生活
- 精神疾患・身体疾患の罹患およびそれらに対する悩み  
うつ病, 身体疾患での病苦など
- ソーシャルサポートの欠如  
支援者の不在, 喪失など
- 企図手段への容易なアクセス  
「農薬, 硫化水素などを保持している」,  
「薬をためこんでいる」など
- 自殺につながりやすい心理状態  
不安焦燥, 衝動性, 絶望感, 攻撃性など
- 家族歴
- その他  
診療や本人・家族・周囲から得られる危険性

### 主要な危険因子の評価

(日本精神科救急学会：精神科救急医療ガイドライン(3)自殺未遂者対応、2009より改変引用)

## 危機介入後のケースマネジメントと地域ケア

- 入院治療か外来治療かを判断する上でのポイントは、それぞれの治療環境による損益の検討である。言い換えれば、選択した治療環境は当該患者にとってどれほど有益か、どれほど有害かについて検討する。
- 精神科救急における精神科入院治療の目的を次に示す。

- 自殺再企図の防止
- 精神科治療の導入
- 自殺に至った要因の精神医学的評価
- 保護的環境の提供
- ケースワークの導入
- 自殺企図による身体合併症の治療（軽症の場合）

（日本精神科救急学会：精神科救急医療ガイドライン(3)自殺未遂者対応、2009より改変引用）

- 身体的にも精神的にも危険性が低いと判断された場合には外来治療を検討する。
- 帰宅の検討にあたっては、患者の安全が確保できる状況であり、かつケアを継続できるかどうかを見極めることが重要である。
- 通院治療における治療計画の骨子を示す。

- 心理的介入による自殺念慮・行動化リスクへの効果確認
- カタルシスの評価
- 投薬の必要性検討と薬剤の説明
- 対処行動のアドバイス
- リスク説明と観察の依頼（短期的側面）
- 今後の治療計画や可能性の説明（中長期的側面）
- インフォームド・コンセント

（日本精神科救急学会：精神科救急医療ガイドライン(3)自殺未遂者対応、2009より改変引用）

- 経済・生活問題、職場問題、家庭問題等を抱えている自殺未遂者の相談にのり、ソーシャルワークの手法を用いて最適な社会資源を利用し、問題解決を図るようにする。精神科救急におけるソーシャルワークの目標を示す。

- 迅速な医療的・社会的危機介入
- 緊急対応のニーズの把握
- 迅速なサービスの提供

## 地域ケアへの移行

- 精神科救急受診後に外来治療に結びつける際には、治療の継続性が最も重要な課題である。
- 心理的危機に陥った場合の対処法についても具体的に検討しておくとうい。例えば、家族や周囲などとの連絡方法、救急受診、保健所・警察・関連機関の利用法などが含まれる。
- 精神科医療機関の紹介にあたって留意すべきことをまとめておく。

- 患者と家族に診療結果を説明し、かかりつけの精神科医が必要であることを伝える。
- 患者と家族の精神科受診への見方（偏見）に配慮する。
- 精神科治療の有効性を説明する。
- 患者が見捨てられたという感覚を持たないように配慮する。
- 可能であれば紹介先の精神科医に直接連絡をとる。
- 患者自身が拒否する場合、家族などからも受診を促してもらう。
- 具体的な受診日や受診の方法を確認する。



- 自殺未遂後の1年以内は、再企図の危険が最も高い時期であり、包括的な評価に基づいたアフターケアを実施する必要がある。
- 退院にあたって留意することをまとめておく。

- 再企図の危険性の評価
- 患者の包括的な評価
- 治療の継続性・安定性
- 社会生活上の支援体制の確認
- 関係機関との調整・連携
- 情報提供
- 本人がいつでもSOSを出せるルートを用意する

(日本精神科救急学会：精神科救急医療ガイドライン(3)自殺未遂者対応、2009より改変引用)

- 患者や家族に提供できる情報をまとめておく。

- 自殺の危険因子と保護因子（保護因子として、本人の課題対応能力、周囲の支援力も視野に入れる）
- 精神医学的治療の導入と継続の重要性
- 経済、生活問題、病気に関連した悩みを抱えている場合の相談窓口の存在や医療相談室などを介したケースワーク対応の存在
- 危機対応の窓口（救急医療施設、精神科救急医療施設など）

(日本精神科救急学会：精神科救急医療ガイドライン(3)自殺未遂者対応、2009、p36より作成)

## 遺された家族などへの支援とスタッフへのケア

- 精神科救急に受診した患者が死亡した場合は、遺された家族などの気持ちを踏まえた対応を心がける。患者の状態や経過などについて説明を行う場合にも、遺族の心情に配慮する。

- 現実的な対応に追われることも想定される場合には、社会的手続き等に関する情報提供やソーシャルワークも重要である。
- 自死遺族の会等の「分かちあいの場」やグリーフケア、自死遺族支援の窓口、関連機関などの情報を得ておくことは有意義である（精神保健福祉センター等に情報があるので、得ておくとうい）。
- 遺族の感情とそれへの対応をまとめておく。

- 涙も出ない。日常生活ができない→話に耳を傾け共感する。
- 「怒りを感じる」「ああすればよかった」と自分を責める→「さまざまな感情が起きるのは自然なこと」と伝え、思い出を語ってもらう。
- 「大切な人はもういない」と気づき、絶望する→抑うつ的になるのは心のエネルギーを充電するために必要なことと伝える。必要なら精神科医ら専門家を紹介する。
- 死別したという事実を見つめられるようになる→自分の力で生活できるよう、相談に乗る。分かちあいの会などを紹介する。

(認定病院患者安全推進協議会：病院内の自殺対策のすすめ方、2009より作成)

- 担当した患者の死は悲しみ、罪責感、自尊心の低下や無力感、怒りなど、医療従事者にも複雑な影響を及ぼす。
- 医療従事者のメンタルヘルスに関心を向ける。
- グループでの振り返りを行う場合には、自主参加が原則で、短時間・少人数で行う。
- 振り返り等の機会で、不調者の有無を確認し、見守り体制や休養を検討する。

---

## 日常臨床における自殺予防の手引き 平成25年3月版

### 精神保健に関する委員会

---

中村純	竹島正
荒井稔	田中克俊
大塚耕太郎	張賢徳
大類真嗣	羽藤邦利
河西千秋	廣川聖子
黒木宣夫	細田眞司
廣尚典	丸山総一郎
阪上優	渡辺洋一郎
高橋祥友	渡辺義文
	山口裕介

---

発行 社団法人日本精神神経学会

〒113-0033 東京都文京区本郷2丁目38番4号本郷弓町ビル

---

本冊子の一部ないし全部の転載、複製およびインターネットを通して本学会員がアクセス可能なデータベースへの取り込みと本学会員への配布に関する許諾権は、社団法人日本精神神経学会に帰属するものとします。

